

Research Paper

Comparing the Effect of Mentalization-Based Therapy and Cognitive Analytical Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms of People with Borderline Personality Disorder



*Sanaz Einy¹, Mohammad Narimani¹, Fariba Sadeghi Movahed²

1. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil.

2. Department of Dermatology, Neurology and Psychiatry and Radiology, School of Medicine and Paramedical Sciences, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.



Citation Einy S, Narimani M, Sadeghi Movahed F. [Comparing the Effect of Mentalization-Based Therapy and Cognitive Analytical Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms of People with Borderline Personality Disorder (Persian)]. Quarterly of "The Horizon of Medical Sciences". 2019; 25(4):324-339. <https://doi.org/10.32598/hms.25.4.324>

<https://doi.org/10.32598/hms.25.4.324>



Received: 24 Mar 2019

Accepted: 11 Aug 2019

Available Online: 01 Oct 2019

Key words:

Borderline personality disorder, Mentalization-based therapy, Cognitive analytic therapy, Ego strength, Defense mechanisms

ABSTRACT

Aims Mentalization-Based Therapy (MBT) and Cognitive Analytic Therapy (CAT) are psychotherapy approaches offering specific methods for the treatment of Borderline Personality Disorder (BPD). Therefore, this study compared the effectiveness of MBT and CAT on improving the ego strength and defense mechanisms in people with BPD.

Methods & Materials This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design and follow-up stage. In total, 40 men with BPD were selected by purposive sampling technique. The samples were selected from males admitted to Isar psychiatric Hospital and the psychiatric department of Fatemi Hospital in Ardabil City, Iran, in 2018. The samples were randomly assigned into two experimental groups and one control group. The first experimental group received 20 sessions of MBT, and the second experimental group received 16 sessions of CAT. To collect data, we used psychological inventory ego strength and defense styles questionnaire. The obtained data were analyzed using mixed model Analysis of Variance (ANOVA) and Scheffe posthoc test.

Findings The collected results suggested that both interventions were effective in improving the ego strength and defense mechanisms of people with BPD ($P < 0.001$). However, the effect of MBT on the overall score of the ego strength and the immature defenses was higher than that of the other intervention ($P < 0.05$). Moreover, there was no significant difference in neurotic defense between the two interventions ($P > 0.05$).

Conclusion The present research results can support the use of these therapies as part of a non-pharmaceutical treatment program in different treatment centers or psychiatric hospitals.

Extended Abstract

1. Introduction

B

orderline Personality Disorder (BPD) is one of the most common personality disorders

in psychiatric settings characterized by emotional dysregulation, identity confusion, impulsivity, and interpersonal problems [1]. Different psychological approaches have examined the causes of BPD since birth and how parental relationships have affected this disorder, but the most profound one is the psychoanalytic approach. According to this

* Corresponding Author:

Sanaz Einy, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil.

Tel: +98 (914) 4551284

E-mail: sanaz.einy@yahoo.com

approach, the character consists of three bases: The Id, the ego and the superego. Since Ego is responsible for managing the mental system, all mental problems arise when Ego is unable to fulfill his responsibilities. The ego strength is the ability to maintain one's identity, regardless of psychological stress, suffering and conflict between inner needs and external demands [4]. Low ego strength makes people with BPD use a variety of defense mechanisms in their interpersonal relationships that emphasize interpersonal dependency and a tendency to direct aggression [5]. Studies also have reported that BPD is characterized by the greater use of dysfunctional and distorting defense mechanisms (e.g. splitting), and the use of less effective defenses compared to other disorders [8, 9]. Defense mechanisms are self-regulating processes that act to reduce cognitive dissonance and to minimize sudden changes in internal and external reality by affecting how threatening events are perceived [10]. This study aimed to compare the Effect of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Cognitive Analytical Therapy (CAT) on ego strength and defense mechanisms of people with BPD.

2. Methods

This is a quasi-experimental study with pretest/posttest design using control group. The study population consisted of all men with BPD admitted to Isar Psychiatric Hospital and psychiatric ward of Fatemi Hospital in Ardabil, Iran in 2017 (n=80). Of these, 45 were selected based on inclusion criteria and using convenience sampling technique. They were randomly divided into three groups; two experimental (MBT and CAT) and one control. During treatment, three patients from MBT group and 1 patient from CAT group left the study. In the control group, 1 patient did not continue participation in the follow-up period. At the end, 40 patients entered into the study.

3. Results

The mean age in the MBT group was 42.91 ± 1.53 years; in the CAT group, 44.21 ± 1.20 years and in the control group, 45.14 ± 1.60 years. There were 5 married, 2 single and 5 divorced in the MBT group; 7 married, 2 single and 5 divorced in the CAT group; and 6 married, one single and 7 divorced in the control group. In the MBT group, 7 had high school diploma, 3 with bachelor's degrees and 2 with a degree higher than bachelor's; in the CAT group, 8 had high school diploma and 6 with bachelor's degrees; and in the control group, 6 had high school diploma, 7 with bachelor's degrees, and one with a degree higher than bachelor's. In the MBT group, 5 were unemployed, 5 were self-employed, one was employed and one disabled; in the CAT group, 3 were unemployed, 5 self-employed, 2 employees, one retired, and 3 disabled;

and in the control group, 4 unemployed, 3 self-employed, 3 employees, 2 retired and 2 disabled.

Before using mixed ANOVA, its assumptions were examined. The mean and standard deviation of ego strength and defense mechanisms are presented in Table 3. Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate the normality of the data distribution. Its results showed that the distribution of dependent variables in pretest, posttest and follow-up phases was normal ($p > 0.05$). According to non-significance of Levene's test results, between group variance equality was observed ($P > 0.05$). To test the assumption of sphericity, the Mauchly's test was used. The results showed homogeneity of covariance variance matrix in the study variables ($P > 0.05$). Therefore, the row related to the sphericity assumption was used, the results of which are presented in Table 4. As can be seen, the effect of group on ego strength, neurotic defense mechanism, and underdeveloped defense mechanism was significant ($P < 0.05$).

4. Discussion

The purpose of this study was to compare the effectiveness of MBT and CAT on improving ego strength and defense mechanisms in people with BPD. The results showed that both treatment methods had significant effect on improvement of ego strength and defense mechanisms disorder at posttest and follow up phases. Scheffe test results also showed a significant difference between the two treatments in terms of ego strength and underdeveloped defense mechanism in patients, where the effectiveness of MBT was higher; however, there was no significant difference between the two experimental groups in terms of neurotic defense mechanism.

5. Conclusion

It can be concluded that MBT and CAT are appropriate methods for improving ego strength and defense mechanisms in people with BPD, and they can be used as effective interventions in psychiatric hospitals for treatment of these patients, but the MBT is more effective.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has obtained its ethical approval from the Research Ethics Committee of Ardabil University of Medical Sciences (Code: IR.ARUMS.REC.1396.134). Informed consent was obtained from the participants.

Funding

This paper was extracted from a PhD. thesis approved by the Faculty of Physical Education and Sport Science, University of Mohaghegh Ardabili.

Authors' contributions

Conceptualization, methodology, and investigation by Sanaz Einy; Writing and data analysis: Mohammad Nari-mani; Writing: Fariba Sadeghi Movahed.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شناختی تحلیلی بر قدرت ایگو و مکانیسم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

* ساناز عینی^۱، محمد نریمانی^۱، فریبا صادقی موحد^۲

۱. گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. گروه پوست، نورولوژی و روان پزشکی و رادیولوژی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۴ فروردین ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۰ مرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

اهداف: درمان مبتنی بر ذهنی سازی و شناختی تحلیلی از رویکردهای محدود روان درمانی هستند که روش های خاصی برای درمان اختلال شخصیت مرزی ارائه می دهند. از این رو هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شناختی تحلیلی بر بهبود قدرت ایگو و مکانیسم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع شبه تجربی بود که در آن از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری استفاده شد. ۴۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به صورت نمونه گیری هدفمند از میان مردان بستری شده در بیمارستان روان پزشکی ایثار و بخش روان پزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۶ انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول، ۲۰ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی سازی و گروه آزمایشی دوم، ۱۶ جلسه درمان شناختی تحلیلی را دریافت کردند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه های قدرت ایگو و سبک های دفاعی استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون شفه تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو روش مداخله در بهبود قدرت ایگو و مکانیسم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیرگذار بودند ($P < 0/001$). با این حال تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر نمره کلی قدرت ایگو و دفاع های رشدنا یافته بیشتر از مداخله دیگر بود ($P < 0/05$) و در دفاع های نورو تیک بین این دو مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج حاضر پژوهش می تواند شرایط استفاده از این روش های درمانی را به عنوان بخشی از برنامه درمان غیر دارویی در مراکز مختلف درمانی یا در بیمارستان های روان پزشکی فراهم آورد.

کلیدواژه ها:

اختلال شخصیت مرزی، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، درمان شناختی تحلیلی، قدرت ایگو، مکانیسم های دفاعی

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از شایع ترین اختلال های شخصیت در محیط های روان پزشکی است که با بدتنظیمی هیجانی، سردرگمی هویت، تکانشگری و مشکلات بین فردی مشخص می شود [۱]. در تعریفی دیگر، اصطلاح شخصیت مرزی برای بیمارانی به کار می رود که با فقدان حس یکپارچه هویت، ایگوی ضعیف، نبود سوپرایگوی یکپارچه و متکی بودن به مکانیسم های دفاعی اولیه مانند دوپاره سازی، همانندسازی فراقکن و تمایل به تفکر فرایند اولیه مشخص می شوند [۲].

روابط بین فردی مختل، مشکلات هویتی، مشکلات تحصیلی و

شغلی و نیز درگیری قانونی از مشکلاتی است که کارکردهای روزانه مبتلایان به این اختلال را با مشکل مواجه می کند [۲]. شیوع اختلال شخصیت مرزی، دو درصد در جمعیت کلی، ۱۰ درصد در میان بیماران سرپایی کلینیک های بهداشت روانی و تقریباً ۲۰ درصد در میان بیماران روانی بستری برآورد شده است [۲]. این اختلال معمولاً با سایر اختلالات روانی از جمله افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال خوردن، مشکلات هویتی و اختلالات مصرف مواد همبودی دارد و با سطح بالایی از رفتارهای خودآسیبی و خودکشی مرتبط است که این مسئله به هزینه های مستقیم و غیرمستقیم اقتصادی و شخصی زیادی منجر می شود [۳].

رویکردهای متفاوت روان شناختی به بررسی علل اختلال شخصیت مرزی از ابتدای تولد و چگونگی تأثیرگذاری روابط والدین بر این اختلال پرداخته اند، ولی عمیق ترین آن ها رویکرد روان تحلیلی بوده

1. Borderline Personality Disorder (BPD)

* نویسنده مسئول:

دکتر ساناز عینی

نشانی: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، گروه روان شناسی.

تلفن: ۴۵۵۱۲۸۴ (۹۱۴) ۰۹۸

پست الکترونیکی: sanaz.einy@yahoo.com

است. بر اساس این رویکرد، شخصیت متشکل از سه پایگاه اید، ایگو و سوپرایگوست. از آنجایی که ایگو وظیفه مدیریت سیستم روانی را بر عهده دارد، تمام مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که ایگو نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. قدرت ایگو توانایی حفظ هویت خود، بدون توجه به استرس‌های روانی، رنج و تعارض بین نیازهای درونی و تقاضاهای بیرونی است [۴].

پایین‌بودن قدرت ایگو باعث می‌شود افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در روابط بین‌فردی خود از یکسری مکانیسم‌های دفاعی استفاده کنند که این مکانیسم‌ها بر وابستگی بین‌فردی و گرایش به پرخاشگری مستقیم به خود تأکید دارد [۵]. بین قدرت ایگو و اختلالات شخصیت خوشه B رابطه منفی معناداری وجود دارد [۶]. برودی و کارسن در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند قدرت ایگو می‌تواند قدرت انعطاف‌پذیری در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی را به ارمغان آورد، اگر یک مکانیسم دفاعی به طور غیرانعطاف‌پذیر به کار گرفته شود، موجب شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی می‌شود [۷]. کرانکا و همکاران نیز نشان دادند روان‌درمانی گروهی فشرده کوتاه‌مدت به همراه روان‌درمانی فردی، از طریق افزایش قدرت ایگو باعث تغییرات مطلوب در عملکرد شخصیتی می‌شود [۴].

همچنین مطالعات پژوهشی مؤید این نکته هستند که اختلال شخصیت مرزی با کاربرد بیشتر مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و تحریف‌کننده (مثل دواپاره‌سازی)، و کاربرد کمتر دفاع‌های کارآمد از دیگر اختلال‌ها متمایز می‌شود [۸، ۹]. مکانیسم‌های دفاعی، فرایندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده، وارد عمل می‌شوند [۱۰]. پری و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند اختلال شخصیت مرزی با دفاع‌های اساسی تصویر تحریف‌شده و عمدتاً دواپاره‌سازی تصویر خود و دیگران و نیز دفاع‌های سطح هیستریک از جمله گسستگی و سرکوبی، رابطه مثبت معناداری دارد [۹]. در پژوهشی دیگر نیز مشخص شد از بین مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک، تشکل واکنشی مؤلفه علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به استرس و از بین مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته، گذار به عمل، خیال‌پردازی و پرخاشگری منفعلانه با اختلال شخصیت مرزی در ارتباط هستند [۱۱].

بر اساس شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای این اختلال، با توجه به سبب‌شناسی این اختلال اقدامات درمانی متعددی استفاده شده است. در میان آن‌ها می‌توان به طرح‌واره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و روان‌درمانی متمرکز بر انتقال اشاره کرد [۱۲]. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۲ نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ابداع کرده‌اند. فرض اصلی درمان

مبتنی بر ذهنی‌سازی این است که کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی به رشد اختلال شخصیت مرزی منجر می‌شود [۱۳]. ظرفیت ذهنی‌سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین‌فردی در دوران کودکی به‌خصوص در روابط دلبستگی به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، کمبودهایی در ظرفیت ذهنی‌سازی دارند که با سبک دلبستگی نایمن مرتبط است [۱۴]. کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، کمک به درمان‌جوست تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را به دست بیاورد [۱۵].

برونی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند مهارت‌های ذهنی‌سازی با کیفیت مراقبت‌های والدینی یادشده و آسیب‌های دوران کودکی ارتباط دارد [۱۶]. اولیویرا و همکاران در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در درمان نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است [۱۵]. همچنین پژوهش‌ها مؤید این نکته هستند که زیاده‌بودن تجارب از تنبیه‌های دوران کودکی با کاهش توانایی ذهنی‌سازی در بزرگسالی رابطه دارد و کاهش توانایی ذهنی‌سازی، زیربنای اختلال شخصیت مرزی است [۱۷]. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در ترکیب با رفتاردرمانی دیالکتیکی، جنبه‌های خاصی از مهارت‌های شناختی-اجتماعی و امنیت دلبستگی را بهبود می‌بخشد [۱۸].

بایرن و اگن به بررسی اثربخشی و مکانیسم‌های تغییر سه مداخله روان‌شناختی (رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) برای اختلال شخصیت مرزی پرداختند؛ نتایج نشان داد افزایش مهارت‌های ذهنی‌سازی می‌تواند یک عامل اصلی در انواع درمان‌ها برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باشد [۱۲].

رویکرد درمانی جدید دیگری که با نتایج نویدبخشی در درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، به‌ویژه اختلال شخصیت مرزی ظهور کرده است، درمان شناختی-تحلیلی^۳ است. درمان شناختی-تحلیلی درمانی فعال است که براساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان‌پویشی، روابط موضوعی و روان‌شناسی شناختی، به‌خصوص نظریه سازه‌های فردی کلاین استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد [۱۹].

در درمان اختلال شخصیت مرزی، این درمان بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها در نهایت به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد منجر می‌شود [۲۰]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان شناختی-تحلیلی باعث تجدیدنظر در حالت‌های مختلف خود، در افراد مبتلا به

اختلال شخصیت مرزی می‌شود؛ همچنین بعد از ۲۰ جلسه درمان شناختی-تحلیلی نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در بیماران کاهش می‌یابد و بیماران می‌توانند با خشم و ترسشان برای مقابله با دنیای واقعی مقابله کنند [۲۱].

جی‌مینو و چیکلانا در پژوهشی بیان کردند درمان شناختی-تحلیلی مانند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، در درمان اختلال شخصیت مرزی یک رویکرد درمانی مؤثر است و نیز نشان دادند درمان شناختی-تحلیلی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش علائم مرزی و نیز بهبود عملکرد بین‌فردی مؤثر هستند [۲۲]. همچنین در پژوهشی دیگر نشان دادند درمان شناختی-تحلیلی باعث کاهش معنادار مشکلات بین‌فردی می‌شود، منتها توانایی ذهنی‌سازی را به طور معناداری افزایش نمی‌دهد [۲۳].

در مجموع ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شیوع بالا و افزایش میزان خودکشی در این بیماران، دلایل مستدلی هستند که ضرورت رشد درمان‌های مؤثر برای این اختلال و دسترسی به گسترده به این درمان‌ها را تبیین می‌کنند. از سوی دیگر یکی از جنبه‌های مهم در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، توجه به تجارب دوران کودکی، خصوصاً اذیت و آزار در دوران کودکی، آزارهای مداوم و شدید، غفلت، جدایی کودک از فردی که از او مراقبت می‌کند یا دوستش دارد، است. این موارد از عوامل اصلی و مؤثری هستند که در بروز و پیدایش بیماری اختلال شخصیت مرزی ایفای نقش می‌کنند [۱]. بنابراین این اختلال نیازمند درمان‌هایی است که به سبک‌های دلبستگی اولیه توجه داشته باشد و نقش‌های متقابل و الگوهای ارتباطی بیمار را تحلیل کند [۲۰، ۱۴]. از این رو این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نوع شبه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بستری‌شده در بیمارستان روان‌پزشکی ایثار و بخش روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند ($N=80$). نمونه پژوهش شامل ۴۵ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند، با توجه به پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش، در وهله اول و داشتن ملاک‌های ورود از میان جامعه آماری انتخاب شدند. در تحقیقات آزمایشی، حداقل حجم نمونه در هر زیرگروه ۱۵ نفر بود. با توجه به حجم پایین جامعه آماری، ملاک‌های ورود و دسترسی مشکل به افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، حداقل حجم نمونه انتخاب شد. این ۴۵ نفر به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (از نوع صرفاً تحت توجه) گمارش

شدند. طی مراحل درمان در گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) سه نفر و گروه آزمایش دوم (درمان شناختی-تحلیلی) یک نفر قبل از خاتمه پژوهش، درمان را ترک کردند. در گروه کنترل نیز یک نفر در پیگیری شرکت نکرد. در نهایت، ۴۰ نفر تا پایان مداخله و ارزیابی باقی ماندند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس DSM-5 در ارزیابی توسط روان‌پزشک و در مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 در ارزیابی آزمونگر، به‌دست‌آوردن نمره بالاتر از ۸۳ (BR) در سؤالات مربوط به اختلال شخصیت مرزی آزمون میلیون ۳، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال و نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم تمایل برای ادامه درمان و داشتن غیبت بیش از دو جلسه در طی مداخله.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از هماهنگی و کسب کد اخلاق پژوهش، هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان روان‌پزشکی ایثار و همچنین مسئولین بخش روان بیمارستان فاطمی صورت گرفت. در آغاز، ارزیابی تشخیصی بر اساس DSM-5 توسط متخصصان اعصاب و روان از مراجعان به عمل آمد و سپس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 انجام و آزمون میلیون ۳ توسط آزمونگر گرفته شد؛ به این صورت که از بین مردان ارجاع‌داده‌شده، از بین افرادی که نمره BR بالاتر از ۸۳ را در آزمون میلیون ۳ گرفتند پس از انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های DSM-5 برای اختلالات شخصیت، ۴۵ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک کنترل گمارش شدند.

قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونه مدنظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و چگونگی پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفت و ارتباط لازم با او برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسش‌نامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا آن را تکمیل کنند. در مرحله بعدی، گروه آزمایش اول درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را به مدت ۲۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دوم درمان شناختی-تحلیلی را به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. گروه کنترل ملاقات‌هایی با آزمونگر داشتند، ولی درمان فعال و مشخصی روی آن‌ها اجرا نشد. پس از اتمام مداخلات، بلافاصله اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. در نهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دوره دوماه به پرسش‌نامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در ضمن اطمینان‌دهی درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات و آماده‌کردن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت^۴

این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که فرست و همکاران برای تشخیص اختلالات شخصیت در DSM-5 تدوین کرده‌اند. SCID-5-PD کلیه ۱۰ اختلال شخصیت مندرج در DSM-5 و سایر اختلالات را تحت پوشش قرار می‌دهد. یکی از ویژگی‌های SCID-5-PD این است که پرسش‌نامه خودسنجی شخصیت را به عنوان ابزار غربالگری در خود دارد. این پرسش‌نامه دارای ۱۰۶ پرسش است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود. میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل هشت کلاس است. آزماینده با توجه به پرسش‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهد مصاحبه را جهت می‌دهد. در مورد پایایی یا اعتبار SCID-5-PD اطلاعاتی در دسترس نیست؛ با این حال تعدادی از مطالعات پایایی پیشینه آن، یعنی SCID-II را بررسی کرده بودند [۲۴]. لوپستال و همکاران ضریب کاپا SCID-II را از ۰/۶۹ برای اختلال شخصیت پارانوئید تا ۰/۹۵ برای اختلال شخصیت مرزی (با کاپای کلی ۰/۷۸) گزارش کردند [۲۴]. شریفی و همکاران پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده‌شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند [۲۵].

پرسش‌نامه چندمحوری میلون^۵

این پرسش‌نامه را تیودور میلون، روان‌شناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه شد و شامل ۱۷۵ جمله کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. همچنین شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست [۲۶]. در ایران شریفی و همکاران این پرسش‌نامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد [۲۷]. همچنین رحمانی و همکاران اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد [۲۸].

پرسش‌نامه روان‌شناختی قدرت ایگو^۶

سیاهه روان‌شناختی قدرت ایگو را مارکستروم و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته‌اند [۲۹]. این پرسش‌نامه هشت نقطه قدرت ایگو را که شامل امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد هستند می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. عبارات پرسش‌نامه روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً با من مطابق است،

نمره پنج؛ کمی با من مطابق است، نمره چهار؛ نظری ندارم، نمره سه؛ کمی با من مطابق نیست، نمره دو و اصلاً با من مطابق نیست، نمره یک، نمره‌گذاری شده است. شیوه پاسخ‌دهی سؤالات معکوس به صورت برعکس انجام می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند بگیرد، ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. نمره بالا در این آزمون به معنی سطح بالای قدرت ایگو است. نمره فرد در این پرسش‌نامه از حاصل جمع نمره فرد در سؤالات به دست می‌آید. مارکستروم و همکاران، روایی صوری، محتوا و سازه این پرسش‌نامه را تأیید کردند و همچنین پایایی آن را از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۸ گزارش کردند [۲۹]. پرویز و همکاران نیز آلفای کرونباخ سیاهه را روی نمونه ایرانی ۰/۶۴ گزارش کردند [۳۰]. در این پژوهش پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی^۷

این پرسش‌نامه یک ابزار ۴۰ سؤالی در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است که اندروز و همکاران تدوینش کرده‌اند [۳۱]. این ابزار ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سبک رشدنیافته، رشدیافته و نوروپیک می‌سنجد. برای هر مکانیسم دو سؤال در نظر گرفته شده که مجموع آن‌ها نمره مربوط به آن مکانیسم و مجموع نمرات مکانیسم‌های مربوط به هر سبک، نمره سبک دفاعی مدنظر را نشان می‌دهد. بدیهی است سبکی که بیشترین نمره را به خود اختصاص دهد، سبک غالب مورد استفاده فرد است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هریک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده است [۳۱]. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش بررسی و تأیید شده است [۳۲]. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته، رشدیافته و نوروپیک به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۵۳ و ۰/۶۲ به دست آمد.

روش‌های مداخله

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

این درمان بر اساس پروتکل درمانی بتمن و فوناگی است [۱۳]. این مداخله که بخشی از آن شامل جلسات آموزشی روانی است^۸، در ۲۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای، در قالب جلسات گروهی به صورت هفتگی انجام شد. MBT-I شامل ۱۲ جلسه گروهی است که همه زمینه‌های ذهنی‌سازی، الگوهای دلبستگی، اختلال شخصیت، مدیریت هیجان و خود درمان را نیز دربر می‌گیرد. سپس بیماران وارد جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی گروهی می‌شوند. راهبردهای کلی این مداخله در جلسه‌ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

4. Structured Clinical Interview for DSM-5-axis II Personality Disorder (SCID-5-PD) DSM-5

5. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)-III

6. Psychosocial Inventory of Ego-Strengths (PIES)

7. Defense Styles Questionnaire (DSQ)

8. MBT-I

درمان شناختی تحلیلی

درمانی پرداخته است. اساس درمان، تجزیه و تحلیل پیشینه بیماری، روابط متقابل بیمار در دوران رشد و بررسی پیشینه علائم و نوسانات آن است. محتوای این جلسات در جدول شماره ۲ ارائه شده است. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی شفه و در نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

این مداخله بر اساس پروتکل درمانی رایلی و کیر، طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی در قالب جلسات گروهی برگزار شد [۲۰]. این درمان به یکپارچه‌سازی مفاهیم روان‌پویشی و شناخت

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به تفکیک جلسات برگرفته از پروتکل درمانی بتمن و فونانگی

جلسات	محتوای جلسات
۱	خوشامدگویی / معرفی رهبر گروه / بیان اهداف جلسات گروهی / بیان اهداف جلسه اول / تأکید بر حضور فعالانه اعضا در گروه / معرفی اعضای گروه و اینکه چرا به درمان ارجاع شده‌اند؟ / ارائه کاربرگ / توصیف ساختار گروه / ارائه فعالیت گروهی / توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها از سوی رهبر گروه / بیان مثال‌هایی از سوی شرکت‌کنندگان / بررسی موارد مطرح‌شده از سوی اعضا / ارائه تکلیف خانگی
۲	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب، مشکلات داشتن با ذهن‌خوانی خود و دیگران، مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری و حساسیت بین‌فردی) / ارائه تمرین / شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان از سوی رهبر گروه و بحث در مورد آن‌ها / ارائه تکالیف خانگی
۳	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (هیجانات اصلی و اجتماعی، هیجانات اولیه و ثانویه) / ارائه فعالیت گروهی / توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات / ارائه تکلیف خانگی
۴	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات) / ارائه فعالیت گروهی در مورد نحوه ثبت هیجانات در رابطه با خود و دیگران / بحث در مورد موارد مطرح‌شده از سوی شرکت‌کنندگان / تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران / ارائه فعالیت گروهی / بحث / خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند / ارائه فعالیت گروهی / بحث / احساسات غیرذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه می‌توانیم چنین حالات هیجانی را مدیریت کنیم / ارائه فعالیت گروهی / بحث / ارائه تکنیک‌های آرمیدگی / ارائه تکلیف خانگی
۵	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی) / بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی / ارائه فعالیت گروهی / بحث / ارائه تکالیف خانگی
۶	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی‌سازی) / ارائه فعالیت گروهی / بحث / تعارض‌های دلبستگی / ارائه فعالیت گروهی / بحث / ارائه تکالیف خانگی
۷	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (اختلال شخصیت چیست؟ اختلال شخصیت مرزی چیست؟) / ارائه رویکرد آموزشی / فعالیت گروهی / بحث / ارائه جزوه در مورد معیارهای اختلال شخصیت مرزی چیست؟ / ارائه تکالیف خانگی
۸	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) / بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی / آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه / ارائه تکالیف خانگی
۹	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) / فعالیت گروهی / بحث / اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران / ایجاد روابط دلبستگی با بالینگر و اعضای دیگر گروه / فعالیت گروهی / بحث / ارائه تکالیف خانگی
۱۰	مروری بر بحث جلسه قبلی / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه / ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس / ارائه فعالیت گروهی / بحث / بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفه کلیدی در درمان است / فعالیت گروهی / بحث / ارائه تکالیف خانگی
۱۱	مروری بر بحث جلسه قبلی / بررسی تکالیف / بیان اهداف جلسه / ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی / ارائه فعالیت گروهی / بحث / ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی / بحث در مورد تفکر افسرده‌ساز / ارائه فعالیت گروهی / بحث / ارائه تکالیف خانگی
۱۲	مروری بر بحث جلسه قبلی / بررسی تکالیف / خلاصه و نتیجه‌گیری

تجربه‌های ذهنی در هیجانات

جلسات	محتوای جلسات
۱۳	مروری بر بحث گروهی قبلی (MBT-I) / بیان اهداف جلسات گروهی / پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود / تأیید همدلانه مباحث مطرح‌شده اعضای گروه
۱۴ و ۱۵	شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده اعضای گروه از سوی درمانگر / ترکیب مشکلات / کاوش مشکلات و در صورت لزوم به‌چالش کشیدن
۱۶	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح‌شده از سوی اعضای گروه
۱۷	آموزش در جهت ذهنی‌سازی مطالب برای تسهیل اعتماد معرفتی
۱۸ و ۱۹	ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال
۲۰	آماده سازی برای پایان‌دادن به درمان / تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان درمان / پایان‌دادن به درمان

مجموعه کارهای پژوهشی در زمینه درمان

افتخار دانش

یافته‌ها

است ($P > 0.05$). بنابراین از ردیف مربوط به فرض کروییت استفاده شد که نتایج آن در **جدول شماره ۴** ارائه شده است.

همانطور که در **جدول شماره ۴** ملاحظه می‌شود، اثر گروه بر قدرت ایگو، دفاع‌های نوروتیک و دفاع‌های رشدنیافته معنادار است ($P < 0.05$)؛ مقایسه میانگین‌های سه گروه نشان می‌دهد که نمره گروه‌های آزمایشی اول و دوم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در قدرت ایگو بیشتر و در دفاع‌های نوروتیک و رشدنیافته کمتر است و اثر گروه بر دفاع‌های رشدنیافته معنادار نیست. نتایج درون گروهی نشان می‌دهد اثر عامل زمان بر نمرات قدرت ایگو و انواع مکانیسم‌های دفاعی معنادار است. به عبارت دیگر، میزان نمرات مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش یافته است و نمرات قدرت ایگو و دفاع‌های رشدنیافته افزایش یافته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز بیانگر این است که بین سه گروه (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمان شناختی-تحلیلی و کنترل) از لحاظ نمرات قدرت ایگو، مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$) ولی در دفاع‌های رشدنیافته تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

با هدف مشخص کردن ماهیت تفاوت متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها، از آزمون مقایسه چندگانه شفه استفاده شد که نتایج آن در **جدول شماره ۵** ارائه شده است.

همان‌طور که نتایج **جدول شماره ۵** نشان می‌دهد، در پیش‌آزمون گروه‌های درمان شناختی-تحلیلی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل، نمرات قدرت ایگو، مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته تفاوت معناداری ندارد. اما در پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل، گروه درمان شناختی-تحلیلی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). به عبارتی این دو روش درمانی در بهبود قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثربخش بودند.

میانگین سنی در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی $42/1 \pm 91/53$ سال، در گروه درمان شناختی-تحلیلی $44/1 \pm 21/20$ سال و در گروه کنترل $45/1 \pm 14/60$ سال بود. در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی پنج نفر متأهل، دو نفر مجرد و پنج نفر مطلقه، در گروه درمان شناختی-تحلیلی هفت نفر متأهل، دو نفر مجرد و ۵ نفر متعلقه و در گروه کنترل شش نفر متأهل، یک نفر مجرد و هفت نفر مطلقه بودند. در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، هفت نفر تحصیلات دیپلم، سه نفر لیسانس و دو نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس، در گروه درمان شناختی-تحلیلی هشت نفر تحصیلات دیپلم و شش نفر لیسانس و در گروه کنترل شش نفر تحصیلات دیپلم، هفت نفر لیسانس و یک نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، پنج نفر بیکار، پنج نفر شغل آزاد، یک نفر کارمند و یک نفر از کارافتاده، در گروه درمان شناختی-تحلیلی سه نفر بیکار، پنج نفر شغل آزاد، دو نفر کارمند، یک نفر بازنشسته و سه نفر از کارافتاده و در گروه کنترل چهار نفر بیکار، سه نفر شغل آزاد، سه نفر کارمند، دو نفر بازنشسته و دو نفر از کارافتاده بودند.

قبل از استفاده از تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. ابتدا میانگین و انحراف معیار قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاع در **جدول شماره ۳** ارائه شده است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد توزیع نمرات متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری نرمال است و داده‌ها توزیع نرمال دارند ($P > 0.05$). بر اساس عدم معناداری آزمون لوین، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است ($P > 0.05$). به منظور آزمودن مفروضه کروییت از آزمون موچلی استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس در متغیرهای پژوهش

جدول ۲. محتوای جلسات درمان شناختی-تحلیلی به تفکیک جلسات برگرفته از برنامه درمانی رایلی و کیر

جلسات	محتوای جلسات
اول	اتحاد درمانی و تفاهم درمانی (به منظور کمک به بیماران برای رسیدن به اینکه درمان مفید و درمانگر قابل اعتماد است)، شرح حال بیماران (با استفاده از سؤالات باز و توصیفی)، ارائه درکی از درمان شناختی-تحلیلی و چگونگی کارکرد آن به بیماران، ارائه تکلیف خانگی (پرکردن فایل روان درمانی)، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیماران
دوم	جمع آوری سابقه و شرح حال بیمار، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب او به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات، ارائه تکلیف خانگی (ایجاد دفتر روزانه به منظور نشان دادن مشکلات هدف، بیان رفتارهای مرتبط با مشکل هدف و تعیین عوامل راه انداز)، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیماران
سوم	جمع آوری سابقه بیمار (به منظور دستیابی به چرخه های تفکر و رفتارهای تکراری ناکارآمد و دستیابی به نقش های متقابل مهم بیمار)، فرمول بندی مجدد بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه های بیماری، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
چهارم	فرمول بندی مجدد بر اساس افکار ناکارآمد، نظام های باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر روابط موضوعی، مکانیسم های دفاعی ناکارآمد و قدرت ایگو و در نهایت نوشتن نامه فرمول بندی مجدد به بیمار، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
پنجم	بررسی بازخورد بیمار به نامه فرمول بندی، تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول بندی نهایی بر اساس فرمول بندی اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
ششم	بازشناسی رخداد های آشکار ساز رفتارهای ناکارآمد، نقاط قوت و توانمندی های بیمار، شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش های متقابل ناسازگار با کمک درمانگر، ارائه تکلیف خانگی (مشخص کردن فراوانی الگوهای رفتاری تکراری ناکارآمد)، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
هفتم	بازشناسی مشکلات و بی ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار، شناسایی روندهای ناسازگار در زمینه بین فردی در طی جلسه درمان، شناسایی دقیق روندهای ناسازگار رخ داده در طول جلسه و استفاده از آن ها به عنوان وسیله ای برای تغییر و یادگیری، پیش بینی دقیق احساسات انتقال و انتقال متقابل بر اساس نامه فرمول بندی مجدد، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
هشتم	بازبینی و بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیر گذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه ها و روش زندگی و خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
نهم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه ها و اصلاح بازبینی های انجام گرفته توسط بیمار، کمک به بیمار برای فهم اینکه هر یک از رفتارهای ناکارآمد در کجای دیگرام قرار دارد و افزایش آگاهی از چرخه رفتارهای تکراری، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
دهم	تجدیدنظر رویه ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم بیماری و آگاهی از نحوه استمرار طرحواره های قدیمی مرتبط با مکانیسم های دفاعی ناکارآمد، روابط موضوعی و قدرت ایگو، تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص کردن جایگاه این روندها در دیگرام، کمک به بیمار برای رفتار کردن به شیوه ای جدید، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
یازدهم	تجدیدنظر رویه ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه ای در مورد ارزش گذاری هیجانات منفی بیمار و ارزیابی افکار خود آیند منفی، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
دوازدهم	تجدیدنظر رویه ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی بیمار، استفاده از فنون تقویتی گوناگون در جهت تسریع تغییرات و بهبودی (ارائه تقویت مثبت، بازی نقش و تفکر در مورد ایده های جدید یا حل مسئله)، کمک به بیمار برای کسب بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش های واقع گرایانه، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
سیزدهم	تجدیدنظر رویه ای بر اساس اصلاح نقش های بین فردی و حمایت های اجتماعی، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
چهاردهم	تجدیدنظر رویه ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به الگوهای کارآمد تر رفتاری، کمک به بیمار برای شناسایی درست تله و موانع رشد درون فردی و بین فردی، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
پانزدهم	تجدیدنظر رویه ای بر اساس بینش افزایی و آگاه سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش استفاده از مکانیسم های دفاعی ناکارآمد، بهبود روابط موضوعی و قدرت ایگو، نوشتن نامه خداحافظی، توانایی مدیریت رفتار خود در محیط های خارج از درمان و در زندگی واقعی، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار
شانزدهم	بررسی بازخورد بیمار به نامه خداحافظی، خلاصه سازی جلسه درمانی با بیمار

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
قدرت ایگو	MBT	۱۲	۱۴۳/۷۵±۹/۵۶	۲۱۶/۴۱±۱۵/۹۸	۲۰۳/۹۱±۱۶/۳۴
	CAT	۱۴	۱۴۶±۹/۱۷	۱۹۶/۵۰±۱۵/۶۶	۱۸۸/۰۷±۱۳/۳۳
	کنترل	۱۴	۱۵۱/۹۲±۷/۲۷	۱۵۳/۰۷±۱۱/۶۵	۱۵۷/۹۲±۱۰/۰۶
دفاع‌های رشد یافته	MBT	۱۲	۲۱/۳۳±۴/۱۸	۲۲/۰۸±۴/۶۶	۲۲/۸۳±۴/۷۰
	CAT	۱۴	۲۰/۶۴±۳/۱۷	۲۲/۰۷±۵/۴۹	۲۲/۰۰±۵/۲۳
	کنترل	۱۴	۲۱/۳۵±۴/۷۶	۲۲/۷۱±۴/۱۲	۲۲/۵۷±۳/۴۱
دفاع‌های نوروپیک	MBT	۱۲	۲۹/۲۵±۵/۱۷	۲۰/۷۵±۴/۲۸	۲۱/۰۸±۳/۷۷
	CAT	۱۴	۳۰/۰۷±۷/۰۶	۲۲/۲۸±۵/۵۳	۲۳/۰۷±۵/۱۵
	کنترل	۱۴	۲۹/۵۷±۳/۷۹	۲۸/۹۲±۴/۵۱	۲۸/۲۸±۵/۷۰
دفاع‌های رشد نیافته	MBT	۱۲	۱۰۶/۱۶±۴/۲۸	۳۹/۶۶±۶/۷۱	۴۰/۳۳±۶/۹۴
	CAT	۱۴	۱۰۵/۹۲±۴/۶۱	۴۹/۰۰±۱۰/۲۰	۵۰/۵۰±۱۰/۲۴
	کنترل	۱۴	۱۰۴/۷۸±۵/۴۶	۹۳/۵۷±۸/۰۰	۹۵/۵۰±۸/۹۵

افتخار دانش

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثر مداخلات و زمان بر نمرات قدرت ایگو و انواع مکانیسم‌های دفاعی در هر سه گروه

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Partial Eta ²
بین گروهی	گروه	۲۳۳۷۰/۸۷۵	۲	۱۱۶۸۵/۴۳۸	۳۸/۴۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۵
	خطا	۱۱۲۳۸/۴۲۵	۳۷	۳۰۳/۷۴۱			
	زمان	۴۰۴۱۸/۱۹۷	۲	۲۰۲۰۹/۰۹۹	۲۵۴/۳۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۳
	خطا	۵۸۷۸/۸۷۳	۷۴	۷۹/۴۴۴			
	(تعامل اثر زمان و گروه)	۱۹۲۵۲/۳۷۷	۴	۴۸۱۳/۳۴۴	۶۰/۵۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۶
	گروه	۹/۵۹۳	۲	۴/۷۹۶	۰/۰۹۷	۰/۹۰۸	۰/۰۰۵
درون گروهی	خطا	۱۸۲۷/۴۴۰	۳۷	۴۹/۳۹۰			
	زمان	۴۳/۲۷۴	۲	۲۱/۶۳۷	۴/۰۴۹	۰/۰۲۱	۰/۰۹۹
	خطا	۳۹۵/۴۵۲	۷۴	۵/۳۴۴			
	(تعامل اثر زمان و گروه)	۳/۴۱۴	۴	۰/۸۵۴	۰/۱۶۰	۰/۹۵۸	۰/۰۰۹
	گروه	۵۸۲/۲۹۹	۲	۲۹۱/۱۵۰	۴/۷۵۱	۰/۰۱۵	۰/۲۰۴
	خطا	۲۲۶۷/۵۶۷	۳۷	۶۱/۲۸۶			
بین گروهی	گروه	۲۹۵۲۷/۵۹۷	۲	۱۴۷۶۳/۷۹۸	۱۴۶/۹۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۸
	خطا	۳۷۱۶/۵۹۷	۳۷	۱۰۰/۴۴۰			
	زمان	۵۱۸۵۶/۲۲۲	۲	۲۵۹۲۸/۱۱۱	۶۹۲/۰۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
	خطا	۲۷۷۲/۴۴۴	۷۴	۳۷/۴۶۵			
	(تعامل اثر زمان و گروه)	۱۵۹۳۰/۰۸۹	۴	۳۹۸۲/۵۲۲	۱۰۶/۲۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۲
	گروه	۲۹۶/۹۵۶	۲	۱۴۸/۴۷۸	۴۱۰/۷۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
درون گروهی	خطا	۶۵۳/۷۷۸	۷۴	۸/۸۳۵			
	زمان	۲۹۶/۹۵۶	۲	۱۴۸/۴۷۸	۴۱۰/۷۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
	خطا	۶۵۳/۷۷۸	۷۴	۸/۸۳۵			
	(تعامل اثر زمان و گروه)	۲۹۶/۹۵۶	۲	۱۴۸/۴۷۸	۴۱۰/۷۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
	گروه	۲۹۶/۹۵۶	۲	۱۴۸/۴۷۸	۴۱۰/۷۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
	خطا	۶۵۳/۷۷۸	۷۴	۸/۸۳۵			

افتخار دانش

جدول ۵. نتایج آزمون شفه برای مقایسه گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT)، درمان شناختی-تحلیلی (CAT) و کنترل

متغیر	دوره	گروه	اختلاف میانگین گروه‌ها	
			CAT	گروه کنترل
قدرت ایگو	پیش‌آزمون	MBT	-۰/۸۲	-۰/۳۲
		CAT	-	-۰/۵۰
		MBT	-۱/۵۳	-۸/۱۳*
	پس‌آزمون	CAT	-	-۶/۶۴*
		MBT	-۱/۹۸	-۷/۲۰**
		CAT	-	-۵/۲۱**
دفاع‌های نوروپیک	پیش‌آزمون	MBT	-۰/۸۲	-۰/۳۲
		CAT	-	-۰/۵۰
		MBT	-۱/۵۳	-۸/۱۳*
	پس‌آزمون	CAT	-	-۶/۶۴*
		MBT	-۱/۹۸	-۷/۲۰**
		CAT	-	-۵/۲۱**
دفاع‌های رشدنیافته	پیش‌آزمون	MBT	۰/۲۳	۱/۳۸
		CAT	-	۱/۱۴
		MBT	-۹/۳۳**	-۵۳/۹۰*
	پس‌آزمون	CAT	-	-۴۴/۵۷*
		MBT	-۱۰/۱۶**	-۵۵/۱۶*
		CAT	-	-۴۵*

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

افتخ دانش

اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود قدرت ایگو و دفاع‌های رشدنیافته از درمان شناختی-تحلیلی بیشتر بود، در حالی که در بهبود دفاع‌های نوروپیک تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله‌ای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی-تحلیلی وجود نداشت.

در زمینه نتایج به‌دست‌آمده پیرامون اینکه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود قدرت ایگو بیشتر از درمان شناختی-تحلیلی است. این یافته می‌تواند تا حدودی در تأیید یافته‌های بایرن و اگن باشد که در پژوهشی به بررسی اثربخشی و مکانیسم‌های تغییر سه مداخله روان‌شناختی (رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) برای اختلال شخصیت مرزی پرداختند و نشان دادند افزایش مهارت‌های ذهنی‌سازی می‌تواند یک عامل اصلی در انواع درمان‌ها برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باشد [۱۲]. از طرفی بر اساس یافته‌های جی‌مینو و چیگلانا درمان شناختی-تحلیلی توانایی ذهنی‌سازی را به‌طور معناداری افزایش نمی‌دهد [۲۳]. بنابراین، این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی باعث بهبود توانایی ذهنی‌سازی در افراد

همچنین نتایج آزمون شفه نشان می‌دهد بین میانگین نمره کلی قدرت ایگو و دفاع‌های رشدنیافته در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه درمان شناختی-تحلیلی تفاوت معناداری وجود دارد که نشان‌دهنده این است که اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود قدرت ایگو و کاهش دفاع‌های رشدنیافته بیشتر از درمان شناختی-تحلیلی است ($P < 0.05$)، ولی در کاهش دفاع‌های نوروپیک، از نظر اثربخشی در این دو درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج نشان داد هر دو درمان در بهبود قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته‌اند. نتایج آزمون شفه نیز نشان داد بین این دو درمان از نظر بهبود قدرت ایگو و دفاع‌های رشدنیافته در افراد مبتلا به

مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود؛ سطوح بالای ذهنی‌سازی با تاب‌آوری در برابر شرایط استرس‌زا و توانایی بهره‌گیری از یک دیدگاه متفاوت در نتیجه ناملایمات، مرتبط است [۱۴].

علاوه بر این، افرادی که ذهنی‌ساز قوی هستند ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری / رابطه نشان می‌دهند؛ به عبارتی آن‌ها قادرند به دیگران که مراقب و مفید هستند و می‌توانند در تنظیم مشترک مؤثر استرس و ناملایمات کمک کنند، وابسته شوند [۳۳]. بنابراین، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی باعث می‌شود قدرت ایگو در این افراد افزایش یابد. همچنین، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با شفاف‌سازی مشکلات، ذهنی‌سازی جزئیات مشکل، ذهنی‌سازی رابطه و فرایندهای بین‌فردی در گروه درمان باعث تسهیل اعتماد معرفتی در گروه شده که آن نیز به نوبه خود باعث تغییر در عملکرد ذهن افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود؛ این تغییر باعث بهبود عملکرد ایگوی فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در موقعیت‌های بین‌فردی و استرس‌زا می‌شود. در مورد اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود قدرت ایگو می‌توان چنین تبیین کرد که دفاع‌های ایگو در درمان شناختی-تحلیلی به عنوان ویراستار پروسیجری‌هایی هستند که به منظور کاهش تعارض یا اضطراب به ازای کاهش تجربه خود و واقعیت در نظر گرفته می‌شوند.

درمانگر درمان شناختی-تحلیلی با بازشناسی و تجدیدنظر، پروسیجری‌های ناکارآمد و غیرمؤثر را اصلاح و تعدیل می‌کند و در نتیجه این درمان باعث افزایش قدرت ایگو در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود [۲۰]. از طرفی هرچند درمان شناختی-تحلیلی باعث بهبود قدرت ایگو در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود، ولی در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اثربخشی آن کمتر است؛ چراکه مهارت ذهنی‌سازی را افزایش نمی‌دهد. بدون ذهنی‌سازی، حس قوی از خود، تعامل اجتماعی سازنده، تقابل در روابط و احساس امنیت شخصی نمی‌تواند وجود داشته باشد [۱۳]. به عبارتی، اختلال در ذهنی‌سازی با سردرگمی هویت مرتبط است و آن نیز به نوبه خود با مشکلات بین‌فردی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مرتبط است [۱۳]. بنابراین مؤثر بودن درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در مقایسه با درمان شناختی-تحلیلی در قدرت ایگوی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌تواند به دلیل بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی آن‌ها باشد.

در زمینه نتایج به‌دست‌آمده پیرامون اینکه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش دفاع‌های رشدنیافته بیشتر از درمان شناختی-تحلیلی است، ولی در کاهش دفاع‌های نوروتیک، از نظر اثربخشی این دو درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد. پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد یافت نشد، اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آن‌ها استنتاج کرد. در مطالعه بتمن و فوناگی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، روان‌درمانی‌ای است که در بسیاری از ویژگی‌ها با رویکردهای روان‌درمانی دیگر مشترک است اما در پرداختن به افزایش ظرفیت بیمار برای فکر کردن

و تنظیم حالات ذهنی منحصر به فرد است [۱۳]؛ در مطالعه جی‌مینو و چیگلانا، درمان شناختی-تحلیلی باعث کاهش معنادار مشکلات بین‌فردی می‌شود، ولی توانایی ذهنی‌سازی را به طور معناداری افزایش نمی‌دهد [۲۳].

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به‌کندی از حالت هیجانی برانگیخته (خشم، تکانشوری) به حالت عادی بازمی‌گردند، به‌سختی احساس‌های منفی خود را متمایز می‌کنند و از آن‌ها به عنوان احساسات بد استفاده می‌کنند؛ نوعی آرمان‌سازی و بی‌ارزش‌سازی [۳۴]. به عبارتی، این عدم تعادل در ذهنی‌سازی عاطفی در مقابل شناختی است؛ در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمانگر با توجه به سطح انگیزش بیمار، براساس تکنیک توقف، بازیابی و کاوش باعث بازسازی ذهنی‌سازی شده و زمینه‌ای برای ایجاد ظرفیت ذهنی‌سازی قوی‌تر و انعطاف‌پذیرتر فراهم می‌آورد [۱۴]. این انعطاف‌پذیری در ابعاد ذهنی‌سازی، نشان‌دهنده مؤثر بودن آن در کاهش دفاع‌های رشدنیافته است. بنابراین انسجام خود، ناشی از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و مانع از فراق‌کنی جنبه‌هایی از خود به دیگران می‌شود و در نتیجه باعث کاهش استفاده از دفاع‌های رشدنیافته می‌شود. در تبیینی دیگر نیز می‌توان چنین بیان کرد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در شرایط استرس‌زا به دلیل سبک‌های دلبستگی ناایمن، مهارت‌های ذهنی‌سازی خود را از دست می‌دهند، به راه‌هایی که کودکان خردسال قبل از رشد ظرفیت‌های ذهنی‌سازی خود رفتار می‌کردند، متوسل می‌شوند که درواقع حالات پیش‌ذهنی‌سازی است [۱۳]. این حالات با به‌کارگیری دفاع‌های رشدنیافته و نوروتیک باعث کاهش سطح انگیزش در روابط بین‌فردی می‌شود؛ بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی از طریق سیستم‌های ارتباطی، با بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی فرد و تعدیل حالات پیش‌ذهنی‌سازی، باعث کاهش استفاده از دفاع‌های نوروتیک و رشدنیافته در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود. در درمان شناختی-تحلیلی، دواپاره‌سازی که یک مکانیسم دفاعی رشدنیافته محسوب می‌شود، به جای اینکه به عنوان مکانیسم دفاعی که موضوع خوب و موضوع بد را از هم جدا می‌کند، توصیف شود، از لحاظ الگوهای نقش متقابل متضاد و قطبی‌شده و همچنین از نظر حالت جداگانه خود، توصیف می‌شود [۲۰].

دواپاره‌سازی فرایندی است که ساختار شخصیت نامنسجم را مشخص می‌کند که در آن پروسیجری‌های منفرد، به‌ویژه پروسیجری‌های نقش‌های متقابل اولیه به صورت یک کل سلسله‌مراتبی، یکپارچه نمی‌شوند. فرد بر اساس پروسیجری‌هایی که در هر شرایط خاص فعال می‌شود، یک گسستگی از خود و دنیا را تجربه می‌کند [۲۰]. در مورد دفاع‌های نوروتیک در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشد؛ از آنجا که در دفاع‌های نوروتیک، فرد با تحریف معنا و اثر تهدید اضطراب را مدیریت می‌کند؛ در درمان شناختی-تحلیلی، این دفاع‌ها از طریق فرمول‌بندی مجدد،

حامی مالی

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول، ساناز عینی، در رشته روان‌شناسی در دانشگاه محقق اردبیلی و دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی است.

مشارکت‌نویسندگان

روش‌شناس و پژوهشگر اصلی: ساناز عینی، (۵۰ درصد)؛ نگارنده مقدمه و تحلیلگر آماری: محمد نریمانی، (۳۰ درصد)؛ پژوهشگر کمکی و نگارنده بحث: فریبا صادقی موحد (۲۰ درصد)۔

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

بازشناسی و تجدیدنظر می‌شوند و استفاده از آن‌ها به طور معناداری کاهش می‌یابد و در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز فرایند تبیین این مکانیسم‌ها بر اساس شفاف‌سازی و چالش انجام می‌شود. بنابراین می‌توان گفت درمان شناختی‌تحلیلی نمی‌تواند تمام دفاع‌های رشدنیافته را به طور پروسیجری بررسی کند؛ از این رو، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بیشتر است.

نتیجه‌گیری

درمجموع می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی‌تحلیلی مداخلات مناسبی برای بهبود قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند و می‌توان از آن‌ها به عنوان شیوه‌های مداخله مؤثر در بیمارستان‌های روان‌پزشکی برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد. اما درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود قدرت ایگو و دفاع‌های رشدنیافته از درمان شناختی‌تحلیلی مؤثرتر است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه پژوهش روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیمارستان روان‌پزشکی ایثار و بخش روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش، روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهرهای دیگر انجام پذیرد و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. نمونه مورد مطالعه فقط مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به علت عدم دسترسی به زنان مبتلا به این اختلال، امکان مقایسه این گروه‌ها وجود نداشت. استفاده از نمونه‌گیری هدفمند که تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌کند؛ پیشنهاد می‌شود پژوهش دیگری در همین راستا منتها به روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. محدودیت دیگر، مدت انجام پیگیری بود؛ در این پژوهش بعد از دو ماه پیگیری به عمل آمد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مدت زمان پیگیری بیش از دو ماه در نظر گرفته شود تا بتوان به نتایج مطمئن‌تری در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی‌تحلیلی در دوره پیگیری دست یافت.

مل‌احضات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

از شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد. این پژوهش دارای کد اخلاقی به شماره IR.ARUMS.REC.1396.134 از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل است.

References

- [1] Reeves-Dudley B. Borderline personality disorder psychological treatment: A integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016; 31(1):83-7. [DOI:10.1016/j.apnu.2016.08.009] [PMID]
- [2] Merza K, Papp G, Szabo IK. Characteristics and development of nonsuicidal self-harm among borderline inpatients. *Psychiatria Danubina*. 2017; 29(4):480-9. [DOI:10.24869/psyd.2017.480] [PMID]
- [3] Hall MA, Riedford KM. Borderline personality disorder: Diagnosis and common comorbidities. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2017; 13(9):455-6. [DOI:10.1016/j.nurpra.2017.07.012]
- [4] Cyranka K, Rutkowski K, Mielimaka M, Sobanski JA, Klasa K, Młodner-Nieckowski L, et al. Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatria Polska*. 2018; 52(1):115-27. [DOI:10.12740/PP/OnlineFirst/40020] [PMID]
- [5] Presniak MD, Olson TR, Macgregor MW. The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities. *Journal of Personality Assessment*. 2010; 92(2):137-45. [DOI:10.1080/00223890903510373] [PMID]
- [6] Basharpour S, Einy S. [Predicting personality disorders based on Zuckerman's alternative five -factor model and ego strength (Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2017; 19(5):84-93.
- [7] Brody S, Carson CM. Brief report: Self-harm is associated immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. *Journal of Adolescence*. 2012; 35(3):765-7. [DOI:10.1016/j.adolescence.2011.09.001] [PMID]
- [8] Bond M. Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004; 12(5):263-78. [DOI:10.1080/10673220490886167] [PMID]
- [9] Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*. 2013; 76(1):32-52. [DOI:10.1521/psyc.2013.76.1.32] [PMID]
- [10] Vaillant GE. Mental health. *The American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(8):1373-84. [DOI:10.1176/appi.ajp.160.8.1373] [PMID]
- [11] Nohi S, Hasani J. [The relationship between cognitive emotion regulation strategies and defense mechanisms with borderline personality disorder (Persian)]. *Andishe va Raftar*. 2017; 11(43):57-66.
- [12] Byrne G, Egan J. A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*. 2018; 46(3):174-86. [DOI:10.1007/s10615-018-0652-y]
- [13] Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010; 9(1):11-5. [DOI:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x] [PMID] [PMCID]
- [14] Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalization- based treatment for borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2013; 203(3):221-7. [DOI:10.1192/bjp.bp.112.121129] [PMID]
- [15] Oliveira CD, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *Encephale*. 2017; 43(4):340-5. [DOI:10.1016/j.encep.2016.02.020] [PMID]
- [16] Brüne M, Walden S, Edel MA, Dimaggio G. Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. *Comprehensive Psychiatry*. 2016; 64:29-37. [DOI:10.1016/j.comppsy.2015.08.003] [PMID]
- [17] Petersen R, Brakoulas V, Langdon R. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2016; 64:12-21. [DOI:10.1016/j.comppsy.2015.10.004] [PMID]
- [18] Edel MA, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, Brüne M. Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder- A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*. 2017; 56(1):1-5. [DOI:10.1111/bjc.12123] [PMID]
- [19] Hepple J. Cognitive-analytic therapy in a group: Reflections on a dialogic approach. *British Journal of Psychotherapy*. 2012; 28(4):474-95. [DOI:10.1111/j.1752-0118.2012.01312.x]
- [20] Ryle A, Fawkes L. Multiplicity of selves and others: Cognitive analytic therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2007; 63(2):165-74. [DOI:10.1002/jclp.20339] [PMID]
- [21] Argyropoulos K, Vlachos I. Cognitive Analytic Therapy (CAT) in borderline personality disorder- a case report. *European Psychiatry*. 2015; 30(Suppl. 1):1624. [DOI:10.1016/S0924-9338(15)32076-9]
- [22] Gimeno E, Chiclana C. Borderline personality disorder in adolescence. Prevention and early intervention from a cognitive analytic approach. *European Psychiatry*. 2016; 33:S630. [DOI:10.1016/j.eurpsy.2016.01.1863]
- [23] Gimeno E, Chiclana C. Cognitive analytic therapy and mentalizing function. *European Psychiatry*. 2017; 41:S776. [DOI:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1469]
- [24] Lobbastael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2010; 24(3):285-95. [DOI:10.1521/pedi.2010.24.3.285] [PMID]
- [25] Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Reliability and feasibility of implementing the Persian version of diagnostic structured interview for DSM-IV (SCID) (Persian)]. *Advances in Cognitive Psychology*. 2004; 6(1-2):10-22.
- [26] Chegini M, Delavar A, Garrayi B. [Psychometric characteristics of Millon clinical multi-axial inventory-III (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2013; 8(29):135-62.
- [27] Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. [The validity of MCMI- III (Millon) scales (Persian)]. *Journal of Management Systems*. 2008; 34(2):27-38.
- [28] Rahmani F, Kiani MA, Rezaie F, Nasuri M, Arasteh M. [Personality, intellectual and emotional state of patients with borderline personality disorder (Persian)]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2013; 18(3):1-12.
- [29] Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of Youth and Adolescence*. 1997; 26(6):705-32. [DOI:10.1023/A:1022348709532]
- [30] Parviz K, Aghamouhamadian Sharbaf H, Ghanbarihashemabadi B, Dehghani M. [The relationship between ego strength and metacognition among male and female students (Persian)]. *Education Strategies in Medical Sciences*. 2016; 9(2):118-26.

- [31] Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993; 181(4):246-56. [DOI:10.1097/00005053-199304000-00006] [PMID]
- [32] Besharat MA, Mohammadi Hoseini Nezhad E, Gholamali Lavasani M. [The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anger and anger rumination with ego defense styles (Persian)]. *Contemporary Psychology*. 2015; 9(2):29-48.
- [33] Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 74(12):2276-86. [PMID] [PMCID]
- [34] De Meulemeester C, Lowyck B, Vermote R, Verhaest Y, Luyten P. Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*. 2017; 258:141-4. [DOI:10.1016/j.psychres.2017.09.061] [PMID]